

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 100

A propos d'un cas de
Périnéphrite Tuberculeuse
sans lésions rénales apparentes

Contribution à l'étude des périnéphrites tuberculeuses

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Mai 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René RITON

Interne des Hôpitaux de Grenoble

Ancien Préparateur à l'Ecole de Médecine

Né le 26 Décembre 1901, à GRENOBLE (Isère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

A PROPOS D'UN CAS DE PÉRINÉPHRITE TUBERCULEUSE
SANS LÉSIONS RÉNALES APPARENTES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 100

A propos d'un cas de
Périnéphrite Tuberculeuse
sans lésions rénales apparentes

Contribution à l'étude des périnéphrites tuberculeuses

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Mai 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René RITON

Interne des Hôpitaux de Grenoble

Ancien Préparateur à l'Ecole de Médecine

Né le 26 Décembre 1901, à GRENOBLE (Isère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. PIC
Cliniques chirurgicales		PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL
Anatomie		BRETIN
Histologie		GUIART
Physiologie		LATARJET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON
Anatomie pathologique		FROMENT
Chirurgie opératoire		CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		FAVRE
Médecine légale		PATEL
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		Etienne MARTIN
Pharmacie		COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie		SAVY
		LEULIER
		PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM.	VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie		CONDAMIN
— — — Chimie minérale		BARRAL
— — — Urologie		GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM.	THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance		RHENTER
Chirurgie expérimentale		TAVERNIER
Applications du radium		NOGIER
Stomatologie		TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	DUMAS	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUFOURT	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DEVIC	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	GABRIELLE	GATE
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	BERNHEIM
RHENTER	NOEL		DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, président; THÉVENOT Léon, assesseur;

WERTHEIMER et POLLOSSON, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Ils ont toujours été pour moi les guides les plus sûrs et les meilleurs dans ma vie. Que ce modeste travail soit pour eux le témoignage de ma profonde affection et de toute ma reconnaissance.

A MA CHÈRE FIANCÉE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Qui a bien voulu me faire le grand honneur de présider notre jury de thèse. Nous le prions d'accepter nos respectueux remerciements et de croire à notre profond respect.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS MARTIN

Chirurgien urologiste des Hôpitaux de Grenoble

Qui, après avoir inspiré le sujet de notre thèse, a bien voulu nous en fournir les éléments essentiels.

Nous tenons à l'assurer de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours guidé dans l'élaboration de ce travail et dans les débuts de notre carrière d'urologiste.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI ARBASSIER

Chirurgien urologiste suppléant des Hôpitaux de Grenoble

Qui a toujours su montrer à notre égard une bienveillante sympathie, et qui a été pour nous un maître excellent et dévoué.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE GRENOBLE

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMY : Sanatorium Femmes (Hiver 1922-1923).

MONSIEUR LE DOCTEUR SIGAUD : Chirurgie (Eté 1923).

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRARD : Urologie (Hiver 1923-1924).

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTE : Médecine (Eté 1924).

MONSIEUR LE DOCTEUR F. SAPPEY : Médecine (Hiver 1924-1925).

MESSIEURS LES DOCTEURS PAUL ET LOUIS DALBAN : Stomatologie (Eté 1925).

Internat

MESSIEURS LES DOCTEURS MARTIN - SISTERON ET LAMY : Vieillards et Epidémies (Hiver 1925-1926).

MESSIEURS LES CHEFS DE SERVICE A LA POLYCLINIQUE : (Eté 1926).

MONSIEUR LE DOCTEUR F. SAPPEY : Médecine (Hiver 1926-1927).

MESSIEURS LES DOCTEURS LOUIS MARTIN ET ARBAS-SIER : Urologie (Eté 1927; Hiver 1927-1928; Eté 1929).

MONSIEUR LE DOCTEUR SIGAUD : Chirurgie (Hiver 1929-1930).

A MES MAÎTRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

MESSIEURS LES DOCTEURS LEGER ET OFFNER : Parasitologie et Botanique médicale.

MONSIEUR LE DOCTEUR HUMBERT BOUCHER : Bactériologie.

· MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS PERRIN : Surveillance bactériologique des Eaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

AMABERT, AUDAN, BONNIOT, BOSQUETTE (*in memoriam*), BOUCHER, BUTTERLIN, BARBIER, CIBERT, CORNELOUP, DALBAN, DETOURBET, DOUILLET (*in memoriam*), FERRIEUX, GIRARD, GUEDEL, HERMITTE, JUVIN, KLAEYLE, KUENTZ, LAMY, LATREILLE, MARTIN, MARTIN-SISTERON, PERRIOL (*in memoriam*), PEYRIN, PERRIN, PISTRE, PORTE, SALVA, F. SAPPEY, P. SAPPEY, SAUVAGE, SIGAUD, TERMIER, TRAVERSIER.

A PROPOS D'UN CAS DE PÉRINÉPHRITE TUBERCULEUSE SANS LÉSIONS RÉNALES APPARENTES

Introduction

Au cours de nos études médicales, et pendant nos différents séjours dans le service d'Urologie de M. le Docteur Louis Martin, nous avons pu, à différentes reprises, étudier la tuberculose rénale et ses diverses complications. Nous avons eu plusieurs fois à noter la coexistence d'un abcès périnéphrétique d'origine tuberculeuse et d'une tuberculose rénale sous-jacente, ou d'une autre lésion bacillaire de l'organisme.

Nous n'avions, par contre, jamais rencontré de périnéphrite tuberculeuse primitive, ou du moins ce que les auteurs ont convenu d'appeler ainsi. Un cas observé en 1929, par M. le Docteur Louis Martin dans sa clientèle privée, opéré et suivi par lui, nous a incité à faire des recherches sur cette affection assez rare. C'est, sur les conseils de notre maître et grâce à son obligeance, qu'il nous a été possible de présenter aujourd'hui cette étude sur les périnéphrites tuberculeuses en général et sur la périnéphrite tuberculeuse primitive en particulier.

Avant de passer à l'étude de cette affection, qu'il nous soit à nouveau permis de le remercier ici de l'obligeance avec laquelle il nous a conseillé et guidé, et aussi de la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard, pendant notre séjour comme interne dans son service.

Nous remercions également, tout particulièrement, M. le Professeur Rochet, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nul plus que lui n'était qualifié, par une haute autorité et une connaissance parfaite de la question, pour la juger.

Avec bienveillance, il nous a reçu dans son service et a bien voulu distraire quelques instants de son temps précieux pour nous guider de ses conseils. Qu'il veuille bien croire à toute notre reconnaissance et à notre profonde gratitude.

Nous remercions aussi M. le Docteur J. Cibert, qui s'est mis aimablement à notre disposition pour nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin.

Dans notre étude de la périnéphrite tuberculeuse primitive, nous nous proposons d'adopter le plan suivant :

Nous ferons d'abord un rappel historique de la question, puis nous étudierons l'anatomie de la capsule cellululo-adipeuse péri-rénale. Les causes de l'affection et l'étude du mécanisme de sa production feront ensuite l'objet du chapitre de l'étiologie et de la pathogénie. Nous donnerons dans l'anatomie pathologique un aperçu des lésions que peuvent présenter une périnéphrite tuberculeuse en général et la périnéphrite tuberculeuse primitive en particulier. Arrivé à la symptomatologie,

nous estimons ne pouvoir mieux faire que de présenter notre observation personnelle. Nous la commenterons alors pour en déduire les symptômes ; puis nous en montrerons la difficulté du diagnostic. Nous en discuterons le traitement puis, dans un chapitre suivant, nous présenterons les deux observations classiques, de Dickinson et de Tuffier et nous les analyserons à la lumière de notre observation personnelle.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous tirerons les conclusions que l'étude de ce cas a pu nous fournir.

Définition et Historique

Avec les auteurs classiques français, on entend en général, sous le nom de périnéphrite : « l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure le rein, y compris la capsule propre ». Les Allemands, par souci de précision, ont voulu pousser plus loin la différenciation et ont divisé ce que nous appelons les périnéphrites en deux groupes importants, suivant le tissu propre qui se trouve lésé. C'est ainsi qu'ils discernent : les *périnéphrites* ou inflammation de la capsule propre et les *paranéphrites* ou inflammation de l'atmosphère cellulo-adipeuse péri-rénale.

En fait, cette distinction est souvent arbitraire, car il est assez rare de trouver des lésions bien nettement différenciées, n'atteignant que la capsule ou que l'atmosphère cellulo-adipeuse péri-rénale. Nous conserverons donc aux périnéphrites l'entité que leur avaient attribuée les auteurs français dans la définition de cette affection. Albarran, lui-même d'ailleurs, trouve cette distinction « souvent artificielle ».

Les périnéphrites tuberculeuses ne sont pas de connaissance récente. Elles ont été sinon étudiées, du moins signalées depuis longtemps.

La première mention semble en avoir été faite par Morgagni qui, en 1767, dans son ouvrage « De Sedibus et Causis Morborum », tome IV, page 336, rapporte le cas d'un jeune homme qui, après avoir présenté des tumeurs ganglionnaires au cou et à l'aisselle, mourut de phtisie. Et Morgagni d'ajouter : « On trouva alors à l'autopsie, outre des lésions tuberculeuses des autres organes, un épaissement considérable de la tunique graisseuse des reins, qui était en outre remplie de matière caséeuse ».

Chopart, Civiale s'occupèrent également de la question, mais c'est à Rayer que revient vraiment l'honneur de la première étude d'ensemble faite sur cette affection (Rayer : Maladies des Reins, tome III, pages 260-262), étude pour laquelle il réunit tous les documents épars parus avant lui.

Des cas sont encore cités dans les observations et les cliniques de Demarquay, Guéneau de Mussy, Chassaignac.

La question fut ensuite traitée dans de nombreux travaux, entre autres les thèses de Paris, de Parmentier et Féron. Mais pour avoir des faits probants, il faut arriver à Naudet qui, dans sa thèse (Paris, 1870), rapporte une observation de périnéphrite tuberculeuse.

Signalons également la thèse de Kroetschmar (Paris, 1872, page 10), dans laquelle une place importante est faite à la tuberculose en général, dans l'étiologie de la périnéphrite tuberculeuse.

Viennent ensuite une série d'observations et de travaux publiés, en France, par : Chauffard, Champetier de Ribes, Besson, Dumur, Doyen, Bouilly, Tuffier, Albar-

ran, Lejars et, à l'étranger, par : Morris, Dickinson, Hartley, Duncan, Elder, Marsh, Nieden.

Le Dentu, en 1889, dans son *Traité des affections chirurgicales des reins*, s'occupe de la périnéphrite et élargit les cadres de cette affection limités trop volontiers au phlegmon et à l'abcès périnéphrétiques. Rochet, dans l'*Encyclopédie d'Urologie*, y consacre un paragraphe important.

De l'étude de ces différents travaux, il ressort que, si la périnéphrite tuberculeuse, surtout la forme secondaire, est somme toute de notion banale et a donné lieu à de nombreuses études, il n'en va pas de même de la périnéphrite tuberculeuse primitive. Cette dernière, en effet, a été très peu étudiée et c'est cela même qui nous a incité à produire notre observation et à tâcher d'en tirer tous les enseignements cliniques qui nous semblaient intéressants.

Anatomie

Avant d'étudier les lésions créées par la périnéphrite tuberculeuse sur la capsule cellulo-adipeuse du rein, il nous semble nécessaire de savoir d'abord ce qu'est au juste cette capsule. C'est ce que nous verrons dans le court aperçu anatomique qui va suivre.

L'ensemble des travées et trabécules, qui existent entre le rein et sa loge fibreuse, est presque entièrement formé, chez le fœtus, par du tissu conjonctif. C'est à peine si l'on aperçoit, çà et là, irrégulièrement disséminés, quelques lobules adipeux de couleur gris jaunâtre. Il en est encore de même dans les premières années qui suivent la naissance.

Vers l'âge de dix ans, parfois plus tôt, les éléments conjonctifs sont envahis par la graisse, dont la couche augmente graduellement et atteint parfois, chez l'adulte, deux à trois centimètres d'épaisseur et même plus.

Le tissu conjonctif périrénal, alors véritable atmosphère graisseuse jetée tout autour de l'organe, prend le nom de « capsule adipeuse du rein ».

Cette atmosphère périrénale, bien vue par tous les anatomistes, a été surtout étudiée par Tuffier. (« La capsule adipeuse du rein ; son rôle au point de vue chirurgical », in *Revue de Chirurgie*, 1890.)

Cette capsule, constante, présente parfois des différences considérables suivant les sujets, suivant le sexe, l'état de santé ou de maladie.

Manquant presque complètement à la face antérieure, elle acquiert au contraire, ainsi que nous l'avons vu plus haut, une certaine épaisseur à sa face postérieure, épaisseur pouvant aller jusqu'à trois ou quatre centimètres. Sur le bord convexe de la glande, elle forme une bande épaisse, comblant l'espace laissé libre entre la face interne du côlon et le rein. Elle se continue là avec la graisse dans laquelle baigne le gros intestin. C'est là, en passant, un rapport important, pouvant expliquer certaines périnéphrites à point de départ situé dans le tube digestif. Sur le bord concave, elle se localise en un noyau épais, correspondant au hile de la glande et descendant le long de l'uretère et des vaisseaux sanguins. Au-dessus et au-dessous du hile, ce n'est qu'une capsule assez mince. Aux deux extrémités du rein, elle forme deux bourrelets très épais. Le bourrelet supérieur correspond à la capsule surrénale et au diaphragme, très mince à ce niveau et qui peut même faire défaut. Le bourrelet inférieur comble un large sinus compris entre le côlon et la paroi abdominale. L'extrémité inférieure de la glande s'enfonce dans cette masse qui lui forme une sorte de nid.

Tuffier insiste avec raison sur l'aspect différent que présente cette capsule sur le vivant et sur le cadavre :
« Sur le cadavre, dit-il, nous sommes habitués dans
« les autopsies à trouver une couche graisseuse com-
« pacte, facile à dissocier et à déchirer avec le doigt.
« Il en est tout autrement sur le vivant. La graisse

« forme alors une sorte de masse fluide, dans laquelle
« le doigt se perd, qui fuit sous la pression, sans se laiss-
« ser dissocier, qui se déchire dans les mors de la pince
« et qui présente une mobilité désespérante.

« En vain perçoit-on, à travers cette mince couche
« dépressible, le plan résistant formé par le rein ; l'in-
« dex, comme les instruments, n'arrive qu'avec diffi-
« culté jusqu'à l'organe ».

Si nous avons rapporté cette assez longue citation, c'est uniquement pour pouvoir permettre de bien comprendre les lésions que présente la capsule adipeuse au cours de son atteinte par la périnéphrite tuberculeuse. C'est d'ailleurs ce que nous allons étudier au cours du chapitre de l'anatomie pathologique.

Anatomie pathologique

Cette capsule cellulo-adipeuse du rein, que nous venons d'étudier dans le précédent chapitre, lorsqu'elle est atteinte à son tour par la tuberculose, réagit, et ses réactions minimales parfois, intenses le plus souvent, sont groupées sous le nom de périnéphrites. Cette périnéphrite tuberculeuse semble, suivant les cas étudiés, se localiser généralement d'un seul côté à la fois. Il peut cependant arriver que chacune des capsules cellulo-adipeuses soit successivement envahie. Les deux côtés sont susceptibles d'être atteints, mais il semblerait qu'il y ait une prédilection plus marquée pour le côté gauche. C'est du moins ce que nos recherches, à ce sujet, nous permettent de penser sans que nous puissions en déduire cependant une règle absolue.

Ces périnéphrites, nous l'avons vu au début de cette étude, sont soit primitives, soit secondaires à une lésion de même nature, d'une autre partie de l'organisme.

Dans l'étude des périnéphrites tuberculeuses secondaires, nous n'insisterons pas sur les lésions des autres organes atteints primitivement. Nous signalerons seulement que, lorsqu'il s'agit d'une tuberculose de la plèvre ou du poumon, les lésions sont celles que l'on rencontre généralement au cours de ces affections non compliquées de périnéphrite.

Parmi les lésions osseuses, on peut trouver : soit des abcès froids des côtes, soit une fonte caséuse des vertèbres. Parfois, ces lésions n'ont pas été connues avant l'intervention pour périnéphrite, maladie qui semble alors être primitive. Ce n'est, dans ce cas, qu'au cours de l'intervention que l'on découvre les lésions osseuses en cause.

Notons également que des lésions de péritonite bacillaire, ou de tuberculose intestinale, ont été signalées au cours des interventions pour périnéphrites tuberculeuses secondaires. Ces lésions ne présentant rien de particulier, nous n'insisterons pas.

Bien plus fréquentes, bien plus intéressantes aussi, sont les périnéphrites secondaires à une lésion bacillaire rénale sous-jacente. Ces lésions sont connues et décrites, car elles sont fréquemment rencontrées au cours d'une néphrectomie pour tuberculose rénale.

Souvent, au cours de cette intervention, on trouve une capsule adhérente en un point de la glande. Lorsqu'on ouvre le rein, on rencontre un foyer bacillaire du parenchyme, en contact avec ce point d'adhérence. Souvent ce foyer n'est plus en évolution et rappelle l'aspect décrit sous le nom de « rein mastic ». A son niveau s'était produit un point de réaction inflammatoire de la capsule, ayant donné l'adhérence rencontrée au cours de l'intervention. C'est là, le premier stade de la périnéphrite.

La lésion peut aller plus loin et, au niveau de l'adhérence, la capsule est parfois plus ou moins sclérosée, densifiée, ne présentant plus le caractère de souplesse normale, signalée par Tuffier.

Un degré de plus, et la périnéphrite fibreuse développe à la surface du rein des traînées densifiées, condensées. La surface rénale présente alors un aspect raviné, tourmenté, avec des sillons plus ou moins profonds qui peuvent, au palper de la glande, faire croire à première vue à des abcès multiples du tissu noble du rein. L'ouverture de l'organe montre, avec surprise, une atteinte presque nulle du parenchyme, qui est simplement en quelque sorte étranglé dans sa gangue fibreuse périnéphrétique.

Au lieu d'avoir une simple fibrose de la capsule, avec travées disséminées, on peut rencontrer une sorte de véritable sclérose. Dans ces cas, la capsule est dure, difficile à dissocier lorsqu'on veut parvenir jusqu'au rein. Elle peut même être à ce point dense et dure à cliver, qu'on est obligé de faire la néphrectomie en « sous-capsulaire ».

Nous nous permettons à cette occasion de rapprocher les lésions trouvées au cours des périnéphrites douloureuses des lésions ci-dessus décrites, ce qui nous amène à penser que ces périnéphrites douloureuses entrent dans le cadre des lésions de tuberculose inflammatoire de Poncet. Faute de preuves à ce sujet, nous ne présentons ce rapprochement que comme une simple hypothèse demandant à être vérifiée par la suite, à la lumière de nouveaux faits cliniques.

Les lésions de la capsule peuvent être beaucoup plus intenses. C'est ainsi qu'autour des gros reins tuberculeux, la graisse périrénale est plutôt transformée en une sorte de « tissu lardacé », épais parfois de deux à

trois centimètres, au milieu duquel on aperçoit encore quelques pelotons graisseux disséminés entre des mailles fibreuses.

Enfin, autour des reins caséeux et fibro-caséeux, plutôt petits et qui ont tendance à la régression, à l'atrophie, c'est au contraire de la lipomatose qui est signalée, mais cette lipomatose, produit d'inflammation chronique lente, n'est pas molle ; elle contient des tractus blanchâtres plus ou moins épais, qui la durcissent.

Lorsqu'on se trouve en face de grosses périnéphrites, communiquant avec un foyer de tuberculose rénale, on peut noter alors la présence, dans cette masse, d'abcès, soit uniques, soit multiples, présentant parfois entre eux des communications et pouvant en imposer à première vue, pour un phlegmon périnéphritique ordinaire.

Le pus, dans ces collections, est tantôt jaune, crémeux, presque franchement phlegmoneux, tantôt, au contraire, il ne présente pas de coloration bien nette ; il est louche et formé de détritits de tissu conjonctif en voie de décomposition, ou bien encore de masses caséuses aux divers degrés de leur évolution.

Si les lésions des périnéphrites tuberculeuses secondaires sont connues et décrites, il n'en va pas de même pour ce qui est des lésions des périnéphrites primitives, du moins d'après ce que nous avons pu en juger par l'étude des rares travaux parus à leur sujet. Les observations citées par Thomas, dans sa thèse, ne montrent rien de bien caractéristique à ce sujet. Ces deux périnéphrites ont été vues à leur « période d'état » pour ainsi dire, et toutes deux étaient suppurées. Les abcès

et leurs formes semblent surtout avoir été décrits. Quant aux lésions de la capsule, il n'en est fait mention que dans l'observation de Dickinson, où elle fut trouvée épaissie, adhérente et présentant des fausses membranes. L'état des reins n'a pu être évidemment noté que dans l'autopsie du malade de Dickinson. Devant ces faits, nous en serons donc réduits à relater ce que nous avons trouvé chez notre malade.

La périnéphrite tuberculeuse primitive semble donner surtout une augmentation très nette de l'épaisseur de la capsule cellulo-adipeuse, qui prend un aspect lardacé, dur. Cette masse adhérente de toutes parts, laissant difficilement pénétrer le doigt qui cherche à reconnaître l'emplacement et l'état du rein sous-jacent, contient çà et là de petites cavités aréolaires remplies de pus ou de sérosité louche, mais en quantité minime. Il est possible que cette masse ait pu donner lieu à une grande cavité, ou à plusieurs petits abcès, si la maladie n'avait pas été interrompue dans son cours, par l'intervention chirurgicale.

Dans le cas présent, il s'agissait plus d'une infiltration massive de la capsule, que d'un véritable abcès. Mais cette infiltration, — contrairement à ce qui se passe le plus souvent dans la tuberculose, — fut rapide dans son évolution et intense dans ses manifestations.

En terminant ce chapitre, nous pensons qu'il doit être possible de trouver tous les degrés de lésions dans la périnéphrite tuberculeuse dite primitive, comme dans la forme secondaire. Seul, le manque d'observations à ce sujet ne nous permet pas de l'affirmer d'une façon décisive.

Etiologie et Pathogénie

L'étude de l'étiologie pose, à nouveau, la question des périnéphrites tuberculeuses secondaires et primitives. Ces dernières, niées par certains auteurs, mises en doute par d'autres, car il est souvent difficile, sinon impossible de faire la preuve de la localisation primitive de l'infection sur la capsule cellulo-adipeuse, doivent cependant, jusqu'à plus ample informé, être conservées. Nous reconnaissons, malgré tout, que la périnéphrite tuberculeuse primitive est rare. C'est, en effet, comme dit Fischer, « exceptionnellement un des premiers signes de la tuberculose ».

Les périnéphrites tuberculeuses secondaires, par définition, apparaissent à la suite d'une autre affection de l'organisme. Elles surviennent parfois après une atteinte du système osseux : vertèbres et côtes le plus souvent, le bassin exceptionnellement. Les lésions intestinales, péritonéales, pulmonaires ou pleurales peuvent également être le point de départ de ces périnéphrites. Signalons également le rôle important que peut jouer la tuberculose rénale dans la production des périnéphrites secondaires. Nous avons vu, d'ailleurs plus haut dans

l'anatomie pathologique, la coexistence fréquente des deux lésions, rénale et périrénale.

Dans les périnéphrites tuberculeuses primitives, il est peut-être possible qu'il y ait de « petites lésions rénales cachées », suffisantes pour servir de point de départ à l'affection, mais impossibles à déceler par nos moyens d'investigation actuels. Il nous est permis également de songer qu'il puisse s'agir d'une localisation de la tuberculose sur l'atmosphère cellulo-adipeuse périrénale, localisation qui aurait aussi bien pu se faire sur la plèvre, le poumon ou le péritoine, par exemple. Ceci nous amène à penser que peut-être beaucoup de ces localisations bacillaires passent encore inaperçues au début, alors qu'elles sont encore minimales et ne se révèlent à nos sens que beaucoup plus tard, lorsque l'organisme tout entier est en voie d'envahissement.

Comment peuvent se produire ces infections de la capsule? Avec Zeller, qui a fait une étude d'ensemble approfondie sur la périnéphrite tuberculeuse, nous admettons trois voies de contamination : l'infection par continuité, la voie sanguine et la voie lymphatique.

Le processus par continuité acquiert une grande valeur dans l'explication des périnéphrites apparaissant chez un tuberculeux osseux, pulmonaire, pleural et surtout rénal. Les voies sanguine et lymphatique sont, dans ce cas, des facteurs de second plan. Mais, lorsqu'il s'agit de périnéphrites primitives, la voie lymphatique joue un très grand rôle. Souvenons-nous que Krymow a décrit des ganglions lymphatiques siégeant autour du rein, en avant rarement, en arrière le plus souvent. Il est possible que ces ganglions soient le point de départ

de l'infection, comme les ganglions du hile du poumon, par exemple, qui sont le plus souvent les principaux coupables dans la tuberculisation de cet organe. La périnéphrite tuberculeuse primitive serait donc, dans ce cas, au début tout au moins, une « adénopathie tuberculeuse périrénale ». C'est là une hypothèse, mais elle est très plausible si l'on songe combien les ganglions lymphatiques dans l'organisme sont sensibles au bacille de Koch.

Comme pour toute tuberculose, l'état de déficience de l'organisme, une dénutrition par exemple, ou bien, comme dans notre cas personnel, une puerpéralité, sont des causes prédisposantes, mettant le sujet en état de « réceptivité morbide ». Dans ces cas, c'est souvent à la suite d'une cause tout à fait banale, comme un refroidissement (Schüller), une contusion lombaire, un effort musculaire, que la tuberculose éclate. Ce sont là des causes adjuvantes banales, existant pour toutes les affections, mais qui, pour la tuberculose, jouent un rôle peut-être plus grand encore.

En terminant cet aperçu étiologique, nous voudrions présenter les conclusions auxquelles nous avons été amenés par la lecture des rares travaux parus sur la question, d'une part, et par l'étude de notre observation, d'autre part.

Les périnéphrites dites primitives semblent atteindre plus particulièrement la capsule gauche, sans que nous puissions en expliquer la raison. Les périnéphrites primitives ou secondaires semblent être aussi fréquentes chez la femme que chez l'homme. On ne les trouve guère qu'à l'âge adulte. Leur période d'apparition se répartit

entre 20 et 40 ans. Toutes ces notions, nous les donnons sous réserve de contrôle ultérieur, ne possédant pas suffisamment de cas cliniques pour en tirer des règles absolues.

Etude clinique

Il n'est guère possible de faire de la périnéphrite tuberculeuse un tableau d'ensemble suffisamment précis, et cela à cause des différentes formes que revêt la maladie et des signes cliniques qui varient suivant la forme envisagée. Nous conserverons donc, là encore, notre distinction en périnéphrites tuberculeuses secondaires et primitives.

Les formes secondaires étant les plus étudiées et les mieux connues, nous les décrirons d'abord. Cependant, afin d'apporter une sorte d'unité indispensable à la clarté de l'exposé, nous décrirons une périnéphrite secondaire typique, idéale en quelque sorte, comprenant les différents symptômes inhérents à cette affection. Nous nous hâtons d'ajouter qu'en procédant ainsi, nous déformons la vérité et, qu'à première vue, la périnéphrite semblera tenir une place de tout premier plan dans l'ensemble clinique présenté par le malade. En réalité, une périnéphrite secondaire n'occupe qu'une place de deuxième ordre ; la plupart du temps, en effet, elle ne se présente que sous forme d'une complication au cours d'une affection tuberculeuse pleurale, pulmonaire, osseuse, rénale.

Les symptômes de ces dernières affections, bien que très importants, ne seront pas décrits ici. Ils ne diffèrent en effet en rien de ceux présentés par ces maladies lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de périnéphrite.

Pour rester dans le cadre de l'urologie, nous prendrons comme type une périnéphrite secondaire à une tuberculose rénale. Nous la décrirons, puis nous passerons à la forme primitive et, pour celle-ci, nous citerons notre observation en tâchant d'en faire voir les signes caractéristiques.

Un malade, porteur d'une périnéphrite tuberculeuse secondaire, présente la plupart du temps une « tumeur », sauf dans les cas de légère atteinte de la capsule, que nous avons étudiés précédemment en anatomie pathologique. Cette tumeur s'explique, en effet, par la distribution spéciale du tissu adipeux, en arrière du rein, distribution que l'on saisit parfaitement sur les coupes de sujets congelés. La masse celluleuse se trouve bridée, d'une part en avant par le rein qui, lui-même, est recouvert par les intestins, éminemment souples et mobiles, d'autre part en arrière, par la paroi lombaire qui, quoique résistante, se laisse assez facilement distendre à la longue et se trouve même vaincue au niveau du triangle de J.-L. Petit.

Généralement très appréciable, cette tumeur affecte une forme allongée, parfois arrondie, tantôt tout à fait irrégulière, tantôt difficile à délimiter. Elle varie d'ailleurs avec l'âge et la marche de la maladie. Tout d'abord, c'est une sorte d'empâtement de la région lombaire, parfois difficile à constater. Peu à peu, avec les progrès de l'affection, ses caractères deviennent plus nets et la déformation de la région s'accroît de plus en plus.

La consistance de la tumeur est, en général, plutôt pâteuse, souvent rénitente, rarement fluctuante, sauf dans les cas d'abcès nettement différenciés et arrivés à un stade avancé de leur évolution. A ce moment, la collection est pour ainsi dire « sous la peau ».

Il peut arriver que les masses caséeuses se développent lentement et alors la tumeur n'apparaîtra que fort tard. Dans ce cas, l'élément « douleur » prendra la première place dans le tableau clinique.

Cette douleur est, en effet, assez fréquemment notée dans la périnéphrite tuberculeuse secondaire. Elle est tout d'abord sourde, un peu diffuse, rarement aiguë et térébrante. Elle existe en général depuis le début de l'affection, pour ne céder qu'avec elle. Son intensité est forcément variable suivant les individus. Cette douleur est probablement due à l'altération du nerf grand abdomino-génital, qui passe dans l'atmosphère cellulo-adipeuse postérieure. Ces algies, généralement localisées à la région lombaire, irradient de là dans les cuisses et les testicules.

Les douleurs sont spontanées, mais s'exagèrent à la pression et au moindre mouvement.

Notons encore la possibilité d'apparition de l'œdème et de la rougeur des plans superficiels. Ces signes, très tardifs, ne doivent pas être attendus pour éclairer le diagnostic et dicter la thérapeutique, car l'état général du sujet est très atteint lorsqu'ils apparaissent.

La température est un des signes généraux les plus variables. En général, elle est assez peu élevée, au moins dans la période de début. Dans certains cas, la périnéphrite évolue d'une façon presque apyrétique ; dans

d'autres, au contraire, la température élevée, oscillante ou en plateau est de règle. Dans les cas où la périnéphrite tire son origine d'une lésion d'un organe voisin ou encore dans les cas où elle n'est, elle-même, que la manifestation ultime d'une longue suppuration, la température est alors fréquemment observée ; elle peut même être très élevée ou revêtir le type inverse.

Lorsque la tuberculose rénale est la cause première de la périnéphrite, on peut trouver quelques signes urinaires surajoutés. Il s'agit le plus souvent d'une légère dysurie, ou bien encore d'une pallakiurie peu prononcée. Parfois, au contraire, une petite hématurie aura attiré l'attention du malade qui viendra consulter et sera le plus souvent très désagréablement surpris d'apprendre que son rein, malade, est la cause de tous ces symptômes.

Les grandes hémorragies, les pyuries massives, ne se voient que très rarement.

Les troubles urinaires peuvent faire totalement défaut dans les périnéphrites tuberculeuses secondaires à d'autres lésions de même nature dans l'organisme. Dans ces cas, ce sont alors les signes cliniques propres à une affection pleurale, pulmonaire, vertébrale ou intestinale, qui sont notés en même temps que les signes périnéphrétiques.

Les troubles gastro-intestinaux sont variables. On voit surtout l'anorexie, les alternatives de constipation et de diarrhée, les sensations d'abattement accompagner les oscillations thermiques. L'appétit est également très variable, parfois conservé, le plus souvent diminué.

Dans la phase ultime de la maladie, si l'on n'est pas

intervenu, apparaissent les sueurs nocturnes, l'amai-
grissement et la cachexie entraînant la mort.

On peut trouver, bien que plus rarement, une péri-
néphrite évoluant avec prédominance d'un des grands
syntômes précédemment étudiés. C'est ainsi que l'on
a pu décrire :

- a) une forme douloureuse ;
- b) une forme tumorale ;
- c) une forme hyperthermique.

Celle-ci semble due plutôt à une grosse pyonéphrose
en rétention et infectée secondairement.

Les divers syntômes que nous venons d'étudier sont
ceux rencontrés au cours d'une périnéphrite secondaire,
survenant le plus souvent à la suite d'une tuberculose
rénale, ou bien d'une autre lésion de l'organisme. Quoi-
qu'il en soit, cette périnéphrite ne vient qu'au second
plan et l'affection primitive domine. Tout autre est le
cas de la périnéphrite primitive, où seuls les signes
d'atteinte de la capsule prédominent. C'est ce que nous
allons voir d'ailleurs dans notre observation :

OBSERVATION I

(Inédite, due à l'obligeance

de M. le Docteur Louis MARTIN)

Mme Fran..., âgée de 28 ans, mère de 4 enfants bien
portants. Le dernier est né 15 jours avant le début de
la maladie, c'est-à-dire le 26 janvier 1929.

On ne trouve dans les antécédents qu'une crise dou-
loureuse à droite, qui aurait été étiquetée cholécystite
et qui n'aurait duré que deux jours.

Huit jours après son accouchement, c'est-à-dire le 2 février 1929, sans cause apparente, sans traumatisme, la malade est un peu fébrile et ressent une douleur dans la région rénale gauche, ne s'accompagnant d'aucun trouble urinaire. A ce moment, les urines, souillées par des lochies, sont prélevées par l'accoucheuse et une analyse sommaire y révèle du pus.

L'état général restant stationnaire, le 9 février 1929 M. le Docteur Martin est appelé en consultation. Il se trouve en présence d'une femme pâle, aux traits tirés, d'aspect malingre.

Elle souffre du côté de l'hypocondre gauche, où l'inspection révèle une tuméfaction volumineuse soulevant l'abdomen et que la palpation permet de délimiter nettement. Cette masse est énorme, représentant environ les dimensions d'une tête d'adulte. Elle déborde la ligne et descend jusqu'au niveau de la crête iliaque. Pas de rougeur, pas d'œdème de la paroi, pas de fluctuation.

Température oscillant entre 38° et 39°. Aucun trouble vésical.

Etant donné la proximité d'un accouchement, on pense d'abord à une pyélonéphrite post-partum. Cependant l'état général de la malade, les signes cliniques observés, la grosse masse constatée, font abandonner cette idée et pencher le diagnostic en faveur d'une périnéphrite de cause indéterminée. On décide le transfert à Grenoble, dans une clinique.

Le même jour, on pratique un examen histo-bactériologique des urines prélevées aseptiquement dans la vessie :

Urine de réaction acide. Peu trouble.

Dépôt assez abondant.

Cytologie. — Très peu d'éléments organisés, quelques leucocytes excessivement rares (à peine 1 tous les deux ou trois champs). Cellules épithéliales en raquette et petites cellules rondes à petit noyau.

Pas d'hématies, pas de cylindres; assez nombreux cristaux d'acide urique.

Bactériologie. — Pas d'éléments microbiens.

On prescrit des applications humides sur la tumeur et des injections sous-cutanées de vaccin Cépède C. S. E. S. Enfin, on fait suspendre l'allaitement, en prévision d'une intervention.

Les jours suivants, la température continue à osciller. La masse dont on avait dessiné le contour sur la peau, ne régresse pas; elle reste stationnaire.

La malade est examinée à nouveau complètement, pour essayer de faire le diagnostic étiologique de cette tumeur.

On ne trouve absolument aucune lésions pleurales ou pulmonaires. De plus, la malade ne tousse pas, ne crache pas. La colonne vertébrale, ainsi que le squelette en général, sont l'objet d'un examen complet et minutieux. On ne trouve aucun point douloureux costal ou vertébral. Il n'y a aucun signe de compression médullaire; aucune douleur, aucune gêne dans les mouvements, sinon celle provoquée par la tumeur abdominale elle-même. On ne trouve pas non plus de traces d'abcès froid costal ou vertébral.

Il n'y a aucun signe péritonéal, aucun trouble du tube digestif ou de ses annexes.

L'examen des organes génitaux est négatif.

Malgré cet examen somatique négatif, l'intervention est décidée, à cause de l'état général de la malade et de cette tumeur qui n'a pas de tendance à la régression.

Le 15 février 1929, sous anesthésie générale. Lombotomie (incision lombaire moyenne). Le transverse incisé, on se trouve en présence d'une masse lardacée, que l'on essaye d'effondrer avec le doigt. On pénètre immédiatement en bas dans une cavité peu étendue, puis dans une autre remplie de pus, mais on ne trouve pas de masse collectée dans cette direction. En se reportant plus haut,

pour se rendre compte des lésions du côté du rein, un coup de doigt crève le péritoine.

Avant de refermer la brèche, on inspecte soigneusement la région, afin de trouver le point de départ de cette périnéphrite. L'intestin est trouvé complètement sain. La colonne vertébrale paraît également saine, mais de peur d'infection par la brèche, on n'ose pas faire de palper intra-péritonéal. Le péritoine est suturé. Malgré plusieurs tentatives, on n'arrive pas à trouver de cavité où du pus soit vraiment collecté. On prélève alors du pus, pour examen histo-bactériologique.

Résultat. — Cytologie: Eléments cellulaires désagrégés, où il est impossible de reconnaître ni noyau, ni protoplasma.

Bactériologie: Absence de tout élément microbien.

Devant l'impossibilité matérielle de faire mieux, on place un drain dans la cavité, ainsi que deux mèches, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de lui. On referme seulement la partie toute inférieure de la plaie, afin de diminuer un peu la longueur de l'incision.

Comme nous l'avons dit plus haut, grâce à la brèche accidentelle sur le péritoine au cours de l'exploration digitale, nous avons pu nous rendre compte que la masse est bien extra-péritonéale, péri-rénale. Par cette brèche, rien d'anormal ne nous est apparu, à l'inspection tout au moins, car de peur d'infecter le grand ventre, on n'a pas osé, nous l'avons dit, faire un palper intra-péritonéal.

Par suite des lésions péri-rénales constatées, d'une part, et de l'impossibilité de faire une intervention satisfaisante, d'autre part, on porte naturellement un pronostic immédiat très pessimiste.

Contrairement au pronostic, très rapidement une défervescence s'amorce et la plaie ne suppure presque pas.

Au dixième jour qui suivit l'intervention, la température est normale, et la masse abdominale a régressé de

moitié. La malade, qui avait un teint plombé avant l'intervention, reprend des couleurs et s'alimente.

La plaie se comble normalement et les suites opératoires deviennent excellentes.

Malgré tout, ayant conservé un doute sur l'intégrité du parenchyme rénal, bien que la malade, on l'a dit, n'ait jamais eu de troubles urinaires avant ou pendant son affection, on décide de faire une séparation d'urine.

Le 25 février 1929 celle-ci est pratiquée. Les urines totales sont limpides; la capacité vésicale est de 150 cm³.

Cystoscopie. — Vessie saine; orifices urétéraux normaux. A noter une saillie de l'utérus, qui refoule à droite et à gauche, dans un cul-de-sac, les orifices urétéraux. Cela n'a rien de surprenant, si l'on songe que la malade avait accouché 15 jours avant le début de son affection actuelle.

L'orifice urétéral gauche est facilement cathétérisé; l'urine est d'apparence limpide.

La sonde urétérale droite bute à 2 centimètres; les urines droites sont recueillies par la vessie.

Voici les résultats obtenus :

	Rein droit + vessie	Rein gauche	Urines totales
Temps	28'	30'	
Volume émis	5 cm ³ 50	11 cm ³	
Volume en 2 heures ..	23 cm ³	44 cm ³	
Urée par litre	8 gr.	11 gr. 50	9,50
Urée en 2 heures	0,194	0,50	
Chlorures par litre ...	10,14	12,28	
Chlorures en 2 heures .	0,23	0,54	
Albumine	0,50	0,10	

Cytologie. — *Rein droit par vessie:* Quelques leucocytes, en état de conservation moyenne; surtout beaucoup d'éléments cellulaires: cellules épithéliales à 1 et 2 noyaux et grands placards d'éléments cellulaires polygonaux. Pas de cylindres; pas d'éléments du rein.

Rein gauche: Quelques hématies; quelques très rares leucocytes; quelques cellules épithéliales à 1 ou 2 noyaux, quelques-unes en placards; quelques cellules en raquette. Pas d'éléments du rein.

Bactériologie. — *Rein droit:* Gram, néant; Ziehl, néant.

Rein gauche: Gram, néant; Ziehl, néant.

On se décide alors à laisser la malade entrer chez elle, où elle fait de la suralimentation, reste au repos absolu et pratique une cure d'air et de soleil.

Guérison survenue un mois après l'intervention.

Au mois d'avril 1929, nouvelle poussée moins importante du côté droit. Masse moins volumineuse que la masse gauche primitive.

Le médecin traitant institue un traitement médical et fait continuer la cure d'air et de soleil. Après une très courte période fébrile, l'amélioration se produit progressivement et tout redevient normal.

Pendant le mois de mai, M. le Docteur Martin a l'occasion de revoir la malade. Il ne reste absolument rien de la masse lombaire gauche et l'on ne sent qu'un très léger empâtement à droite. Il n'y a pas de température et les urines sont absolument limpides.

Le 25 février 1930, à la demande de M. le Docteur Martin, le médecin traitant nous fait parvenir les renseignements suivants :

« Je n'ai pas revu la malade depuis deux mois. Mes dernières constatations avaient été: rein à peine palpable, de forme et consistance normales à droite comme à gauche. Urines normales. Etat général excellent, reprise de poids importante. »

Que pouvons-nous tirer comme enseignement au sujet de la périnéphrite primitive ? De l'étude de notre observation, il ressort les faits suivants :

La périnéphrite tuberculeuse primitive peut survenir assez brusquement, chez un sujet d'apparence saine. Elle apparaît sans grands prodromes ; c'est à peine si l'on peut noter un peu de lassitude, d'inappétence dans les jours qui précèdent l'affection. Le malade ne souffre pas à proprement parler ; il ressent plutôt une certaine gêne dans son hypocondre, gêne s'accompagnant de quelques phénomènes douloureux à l'occasion d'un mouvement. La douleur n'est d'ailleurs pas en proportion avec l'importance de la lésion.

La masse formée par la périnéphrite est très rapidement énorme. Elle croît beaucoup plus vite que dans les périnéphrites secondaires. À ce point de vue, il semble exister une certaine analogie avec la tuberculose du testicule qui, elle aussi, donne une masse, d'emblée énorme, régressant souvent par la suite.

Comme pour les périnéphrites secondaires, il y a en général ni rougeur de la paroi, ni œdème.

L'état général est assez rapidement atteint. Le malade prend un teint d'infecté ; il maigrit et s'affaiblit assez vite. Ce sont d'ailleurs souvent ces symptômes qui dictent la conduite à tenir dans cette affection, alors que les signes locaux feraient plutôt pencher en faveur d'une expectative armée.

La température est modifiée, mais en général assez peu. Il s'agit plutôt d'un état subfébrile que franchement fébrile. La courbe thermique oscille aux environs de 38° ; elle peut, mais cela est rare, décrire de grands clochers.

Un fait très important à signaler, c'est l'absence totale de signes urinaires, vésicaux ou rénaux. Les ana-

lyses d'urines sont négatives et les séparations ne donnent aucun résultat. Nous ferons, en passant, la restriction d'une lésion possible du parenchyme rénal, non en communication avec le système excréteur de l'urine et, par conséquent, non décelable cliniquement.

En somme, pour nous résumer, nous pouvons dire que la périnéphrite tuberculeuse primitive est constituée par une masse généralement grosse, peu douloureuse, apparaissant assez brusquement, ne s'accompagnant pas de troubles urinaires, ne donnant que peu de température, mais réagissant par contre assez fortement sur l'état général du sujet.

Si nous envisageons maintenant l'évolution de cette périnéphrite, nous sommes frappés de la marche assez rapide de la guérison et aussi du maintien de cette dernière pendant un peu plus d'un an déjà. L'intervention, qui somme toute n'a pu se borner qu'à une simple ouverture et à une mise à l'air d'une partie de la lésion, a probablement agi un peu comme dans les péritonites bacillaires qui se trouvent fréquemment améliorées par une simple laparotomie.

Signalons encore une différence assez importante dans l'évolution. Alors qu'en général les périnéphrites tuberculeuses secondaires évoluent assez lentement, la périnéphrite primitive, au contraire, est assez rapide dans sa marche.

Nous sommes maintenant en droit de nous demander ce qu'il serait advenu de cette périnéphrite laissée à elle-même. Comme pour les formes secondaires, il est probable que la résolution complète est rare. Et cependant l'apparition, après la tumeur gauche, d'une tu-

meur droite chez notre malade, tumeur qui a rétrogradé d'elle-même, nous incite à penser que la résolution est peut-être possible.

Dans les périnéphrites tuberculeuses en général, dans les formes secondaires en particulier, il faut toujours se méfier de la formation d'une collection purulente pouvant s'ouvrir dans les organes voisins. Elles peuvent donner des complications qui entraînent la mort du malade.

« Comme complication, la plus ordinaire de la péri-
« néphrite tuberculeuse, dit Fischer, il faut noter la
« tuberculose généralisée. Celle-ci arrive le plus sou-
« vent de bonne heure, lorsque la périnéphrite est une
« conséquence de l'inflammation tuberculeuse des or-
« ganes génito-urinaires, ou le symptôme final de la
« longue chaîne des manifestations pathologiques
« bacillaires. Elle est appelée par une suppuration épuî-
« sante et infectieuse ».

D'autres fois cette phtisie, au lieu d'être généralisée, se localise en quelque sorte d'emblée sur l'appareil urinaire et les individus meurent par urémie.

Le pus tuberculeux des périnéphrites, livré à lui-même, tend à dépasser les limites primitives de l'affection et à s'évacuer soit à l'extérieur, soit dans un viscère voisin. D'après Goldenhorn, la voie la plus fréquente et la plus directe pour l'évacuation du pus est la voie lombaire et, dans cette région, le triangle de J.-L. Petit en particulier. Cette ouverture donne souvent, par décollement des plans superficiels, des abcès en bissac ou en bouton de chemise.

Après l'ouverture dans la région lombaire, l'issue la

plus fréquente du pus se fait dans le poumon et les bronches, comme dans le cas cité par Pangon, dans sa thèse (Lyon, 1921-1922).

L'ouverture dans la plèvre, avec empyème consécutif, constitue également un mode assez fréquent d'évacuation de la périnéphrite bacillaire.

Enfin, mais plus rarement, l'ouverture se fait dans le tube digestif, surtout dans le côlon, dans le péritoine, à l'aîne ou à la partie supérieure de la cuisse.

Ces différents modes de terminaison sont connus et sont fréquents dans les périnéphrites secondaires. Le manque d'observations de cas de périnéphrites primitives ne nous permet pas de conclure d'une façon certaine à l'identité d'évolution de cette forme clinique. Cependant, il nous semble permis de penser qu'elle se fait de la même façon, si du moins elles aboutissent à un abcès collecté.

Notons, en terminant, que la périnéphrite tuberculeuse, ouverte chirurgicalement, peut guérir assez facilement, surtout si le rein n'est pas atteint. Dans le cas contraire, il y aurait lieu de faire la néphrectomie immédiate qui, ainsi que l'a montré dans sa thèse notre maître, M. le Docteur Martin, sera toujours plus facile que la néphrectomie secondaire.

Une périnéphrite tuberculeuse ouverte d'elle-même donne fréquemment des fistules durables, indéfinies. Ces fistules, que l'on peut même voir, mais plus rarement, à la suite d'une intervention, sont soit externes, c'est-à-dire cutanées, soit internes, c'est-à-dire viscérales.

Diagnostic

La périnéphrite tuberculeuse, lorsqu'elle se présente avec ses deux grands symptômes : tumeur et douleur, lorsqu'elle est consécutive à une tuberculose générale déjà avancée ou lorsqu'elle procède d'une lésion antérieure, de même nature, d'un organe voisin, est généralement d'un diagnostic facile. Ce diagnostic peut présenter parfois de réelles difficultés et même, pour des cliniciens expérimentés, la simple question de l'existence de la lésion a pu être des plus ardues à résoudre. Parfois même, l'affection est tellement insidieuse qu'elle ne se révèle à l'observation que par quelques symptômes secondaires.

Pour le diagnostic de l'affection et afin d'en rendre l'étude plus claire, nous nous proposons d'établir d'abord l'existence de la périnéphrite, puis cette existence établie, d'en chercher la cause.

A) Diagnostic de la périnéphrite : Les difficultés sont variables suivant que l'existence ou l'absence d'une tumeur est notée.

Si la tumeur n'existe pas, ou bien n'est pas perçue, il ne reste comme seul signe que la douleur, symptôme

éminemment variable suivant les sujets et aussi éminemment trompeur par le fait que le sujet localise rarement d'une façon nette, la douleur à son point réel. Il est évident que, dans ce cas, la première chose à laquelle il faille penser, c'est à l'existence d'un simple *lumbago*. L'erreur ne peut généralement être de longue durée ; elle est de plus assez facile à éviter, ne serait-ce qu'en l'absence de phénomènes généraux, de la bilatéralité de la douleur, de la brusquerie du début.

La *névralgie iléo-lombaire* s'accompagne, en général, de points douloureux sur le trajet des nerfs abdomino-génitaux. Cependant, si les douleurs persistent, si l'état général devient mauvais, il y aurait lieu de rechercher si cette névralgie n'est pas symptomatique d'une lésion profonde.

Si nous nous trouvions en présence d'une *colique néphrétique*, dont on n'aurait pas suivi les différents stades et si le diagnostic pouvait errer pendant un instant, il faudrait se souvenir que, dans cette affection, le début est plus brutal ; l'évolution plus rapide et plus bruyante que dans la périnéphrite tuberculeuse. Du reste, on serait grandement aidé, pour la précision du diagnostic, par la constatation dans l'urine de sable ou de graviers.

Ne pas oublier non plus que la périnéphrite tuberculeuse peut, mais à un degré moindre que les autres périnéphrites, simuler une *fièvre typhoïde* commençante, dont elle peut présenter tous les signes, sauf les tâches rosées. Les cliniciens ont beaucoup, et depuis longtemps, insisté sur ce point.

L'*appendicite* prête également très souvent à confu-

sion, surtout lorsqu'elle est anormale, et comme siège et comme évolution. Dans ces cas, le diagnostic peut parfois être très laborieux et ce n'est qu'un examen répété, attentif, minutieux du malade, une discrimination soignée des différents symptômes, qui pourront lever les doutes à ce sujet.

Citons encore, pour mémoire, mais sans nous y arrêter plus longtemps, la possibilité d'erreur entre une périnéphrite bacillaire à évolution surtout supra-rénale et une *pleurésie*, une *pneumonie* par exemple, ou bien encore une *affection hépatique*.

Enfin, il est rare qu'un toucher vaginal ne permette pas, chez une femme, de rapporter à sa vraie *cause annexielle*, une douleur qui aurait pu, pendant quelque temps, donner le change.

En terminant ce paragraphe, nous reconnaissons que pour les petites périnéphrites, dites périnéphrites douloureuses, le diagnostic sera souvent hésitant pendant longtemps et même parfois sera impossible. On saura souvent très difficilement s'il s'agit vraiment d'une périnéphrite et, de plus, si elle est tuberculeuse.

Lorsqu'en plus de la douleur, la tumeur est apparue, on devra éliminer plusieurs causes d'erreur.

Le *cancer de l'intestin*, surtout de l'angle droit ou de l'angle gauche. Il est ordinairement plus étalé et beaucoup plus dur. En outre, on notera le plus souvent une prédominance de troubles digestifs dans le tableau clinique.

A droite, une *affection vésiculaire*, à gauche, une *lésion splénique*, peuvent également prêter à confusion. Une discrimination très sérieuse des symptômes obser-

vés est parfois nécessaire pour arriver à établir un diagnostic certain.

Bien plus important et aussi parfois, bien plus difficile sera le diagnostic entre cette tumeur avec douleur et les autres tumeurs du rein ou de ses annexes: *hydro-néphrose* pyonéphrose, kyste. Cette confusion a été signalée partout comme fréquente, car le diagnostic d'une affection périrénale, ou d'une maladie du rein lui-même est dans bien des cas, difficile. Cette distinction est encore plus laborieuse dans les cas de périnéphrite primitive comme celui que nous avons rapporté, où existe la notion d'un accouchement récent. Cette possibilité d'erreur s'explique bien, si l'on songe que les deux affections rénale et péri-rénale peuvent coexister (comme dans le cas d'une périnéphrite tuberculeuse secondaire et d'une tuberculose rénale primitive), et que, dès lors, la part qui revient à chacune, dans les signes locaux, est bien difficile à établir. On a prétendu que la périnéphrite suppurée « ne ballottait pas ».

Cependant, M. le Professeur Rochet, dans son article de l'*Encyclopédie d'Urologie*, cite le cas d'une suppuration entourant le rein, ramassée sur elle-même et bridée par une coque fibreuse épaisse, donnant lieu à un ballottement net et en imposant par un rein pyonéphrotique. Or, une fois le pus évacué, le rein fut trouvé petit, avec simplement de petits abcès miliaires du parenchyme.

Dans ces cas complexes, seul l'examen approfondi de l'arbre urinaire permettra d'en montrer l'altération. Nous y reviendrons.

On a confondu la périnéphrite tuberculeuse avec un

abcès d'une *ostéite*, venu des côtes, avec une *ostéomyélite* du bassin. Avant sa suppuration et à la période seulement de fièvre, de douleurs, d'attitude vicieuse, on l'a prise pour une *sacro-coxalgie* ou une *coxalgie* (Maas).

L'examen soigneux du squelette s'impose donc pour tâcher d'éliminer ces causes d'erreur.

B) Maintenant que l'existence de la périnéphrite est nettement constatée, cherchons comment on en reconnaîtra sa cause et son point de départ. Cette dernière étape du diagnostic n'est pas la moins délicate. Les meilleurs cliniciens ont pu se trouver en échec, surtout si le rein lui-même, ou un organe du voisinage, n'ont pas de raison d'être suspectés.

Il faut alors procéder méthodiquement, par élimination le plus souvent, écarter les différents organes que l'on a des raisons de supposer sains, et dissocier toutes les causes pouvant donner naissance à une périnéphrite.

Il est certain, que pour la périnéphrite tuberculeuse, le diagnostic d'abcès secondaire sera le premier et devra toujours être le seul qui vienne immédiatement à l'esprit. Encore faut-il trouver l'affection causale de cette périnéphrite. On devra bien étudier son sujet, ne pas oublier, que souvent l'affection primitive peut se loger loin de la lésion secondaire, par exemple dans la plèvre, le poumon, le squelette, etc.; d'où nécessité absolue d'un examen complet. Avant tout, cependant, n'oublions pas que, le plus souvent, le rein est seul le grand coupable. C'est avec juste raison, que dans sa thèse, Jouve a insisté tout particulièrement sur la nécessité

d'un examen approfondi de l'arbre urinaire. C'est sur l'existence même fugace de petits signes urinaires et vésicaux qu'il faut porter toute son attention.

Parfois, dans les antécédents, on trouvera un épisode lointain de cystite légère, qui a été sans lendemain. Plus souvent, c'est lors de l'apparition de symptômes généraux, de la douleur, qu'on aura pu observer quelques manifestations urinaires passagères. Malheureusement, estompés au milieu d'un appareil fébrile grave, ils ont souvent passé inaperçus, ou n'ont pas été rapportés à leur cause véritable.

Ce sont eux, cependant, qui sont susceptibles de susciter des recherches endoscopiques permettant le diagnostic et l'intervention. C'est pourquoi nous le répétons, sans peur de trop insister : l'examen vésical, la recherche et le cathétérisme des uretères, l'inoculation, sont susceptibles, dans les cas d'existence d'une collection péri-rénale, de trancher un diagnostic hésitant et de révéler la nature de la lésion.

De cet exposé, il ressort que, si le diagnostic de péri-néphrite tuberculeuse secondaire, difficile parfois, peut cependant bien souvent être porté avant toute intervention il n'en va malheureusement pas de même pour ce qui est de la forme primitive. Lorsque nous aurons fait un examen somatique complet de notre malade, lorsque nous aurons vu qu'il ne présente absolument aucun signe décelable à nos sens, soit directement, soit indirectement par le moyen de l'endoscopie, de la radioscopie, de la radiographie ou de la pyélographie, ou encore du laboratoire, on pourra supposer jusqu'à plus ample informé, que cette affection périrénale en som-

me sans cause, est une périnéphrite bacillaire primitive. Ce diagnostic pourra même parfois, et c'est le cas de notre observation, ne pas être porté avant l'intervention. Quant au diagnostic étiologique, il sera souvent impossible. Le terme de périnéphrite tuberculeuse primitive n'est peut-être qu'un terme d'attente, mais n'en doit pas moins être conservé, tout imparfait et vague qu'il puisse être.

Le *pronostic* de telles affections doit toujours être réservé. Il peut ne pas être sombre dès le début, surtout si le rein ou une partie de l'organisme n'ont pas été touchés par le bacille de Koch, mais on ne doit pas oublier qu'il s'agit toujours de tuberculose et que, par conséquent, la vie du malade est menacée à plus ou moins brève échéance, par l'éclosion d'un autre foyer bacillaire pouvant être grave d'emblée, ou le devenir, du fait de la préparation en quelque sorte du terrain par la périnéphrite.

Traitement

En présence d'une périnéphrite tuberculeuse, le chirurgien, dans son traitement, devra se proposer un double but : d'abord traiter la périnéphrite, et si celle-ci est secondaire, se proposer ensuite d'en supprimer la cause.

La résolution de la périnéphrite au début, peut être aidée, dans une certaine mesure, par le traitement médical. On peut, si rien ne presse, de par l'état du sujet, la fièvre la douleur, etc., mettre ce traitement en œuvre, à condition cependant de ne pas perdre un temps précieux et de ne pas retarder pour cela, le moment où l'indication d'une thérapeutique chirurgicale apparaîtra nette.

Ce traitement médical sera le même que pour toute tuberculose, nous n'insisterons pas. Il consistera en repos, bonne alimentation, grand air, héliothérapie naturelle ou artificielle, etc.

Si au contraire, la périnéphrite s'accompagne de phénomènes généraux graves, on sera autorisé à l'inciser, même si l'on n'a pas la certitude de trouver du pus déjà collecté. Il est bien évident que si l'on se trou-

vait en présence d'un abcès donnant de l'œdème ou de la rougeur de la paroi, à plus forte raison, l'indication opératoire devrait être posée.

La voie d'accès la plus favorable sera celle qui répondra au triple but suivant: *a)* abord le plus large; *b)* exploration la plus commode; *c)* drainage le meilleur. La voie lombo-latérale semble être la plus adéquate à ce point de vue.

Le pus évacué, on cherche avec le doigt les décollements, les clapiers et on les drainera. Le doigt, prudemment conduit, reconnaîtra encore l'état des parois de l'abcès, aidera à trouver ou à en confirmer sa cause: un point osseux dénudé par exemple, ou encore un foyer tuberculeux rénal.

Quand le rein est fortement touché et présente de grosses lésions, on pourra l'enlever: 1° dans les cas de désorganisation avancée, et surtout si la lésion a été révélée de nature tuberculeuse; 2° à la condition d'un examen préalable de l'autre rein, permettant de croire à l'intégrité de ce dernier.

On détruira autant que possible les granulations tapissant les parois de l'abcès; on laissera le foyer en partie ouvert et on le bourrera de mèches, qu'on retirera plus tard progressivement, en les remplaçant à mesure par d'autres moins tassées, pour bien assurer le bourgeonnement du fond à la surface.

Dans les périnéphrites primitives ou d'apparence telle, l'expérience de notre observation nous a montré que le traitement peut être médical ou chirurgical.

Peut-être, cependant, la périnéphrite gauche, n'eût-elle pas cédé sans la mise à l'air et le drainage que nous

avons établi, très imparfaitement d'ailleurs. Mais la pousée à droite, a rétrocedé par simple traitement médical: repos, grand air, suralimentation. Il est vrai que nous avions cette fois, la notion de la « nature » du mal et cela fut pour beaucoup dans notre ligne de conduite.

En somme, si nous nous résumons, nous pouvons dire que : *au début*, il y a lieu d'essayer le traitement antiphlogistique : chaleur, compresses humides chaudes, cataplasmes. C'est en général à cette période d'ailleurs, qu'il n'est guère possible d'être fixé d'une façon certaine sur la nature de l'affection. Par la suite, on continuera ce traitement, si la résolution s'amorce. Dans le cas contraire, il y aurait lieu de songer à l'intervention, dont l'efficacité est réelle, ainsi que le montre notre observation. En se reportant toujours à cette observation, nous dirons qu'il ne faut pas s'obstiner à vouloir trop en faire, car dans ces cas, on s'expose à faire courir au malade de gros risques. N'est-ce pas, en effet, en voulant délimiter plus nettement les lésions, que le péritoine de notre malade fut ouvert par un coup de doigt malheureux ?

Enfin, n'oublions pas que nous sommes en présence de tuberculeux, parfois très imprégnés par leur bacillose ou en passe de le devenir. Le traitement médical, un moment abandonné en faveur du traitement chirurgical reprend tous ses droits après l'intervention. La bonne nourriture saine et abondante, le soleil, le grand air et le repos sont de précieux auxiliaires pour la cure complète de la maladie et le retour à une vie à peu près normale.

Observations

OBSERVATION I

(Thèse de Thomas, Paris, 1891)

(DICKINSON: *On renal and urinary affections*,
London, 1885, p. 679)

Contusion sur la région lombaire gauche en juillet 1879, chez un homme de 33 ans.

Douleurs consécutives ayant débuté au mois de mai l'année suivante.

Pas de symptômes ou d'antécédents bacillaires.

En juillet, la fluctuation est manifeste. On fait une ponction et on retire 3 pintes de pus. Incision et drainage. La guérison survient un mois après.

En septembre, hémoptysies, expectoration purulente.

Mort en décembre 1880.

Autopsie: Grosse cavité rétro-péritonéale entourant le rein qu'elle a en quelque sorte décollé. Prolongement du côté du trou obturateur et du côté des lombes (endroit incisé). Un autre prolongement passe en arrière du diaphragme qui est perforé et on constate un trajet fistuleux, étroit, ulcéré, admettant le doigt et qui va s'ouvrir dans une bronche au niveau du hile.

Le poumon était farci de tubercules crus, on remarquait de petites cavernes dans le sommet.

Lès deux reins sont sains, la capsule adipeuse du rein gauche est épaissie, adhérente, et présente des fausses membranes.

La colone vertébrale et le bassin, examinés avec soin, n'offrent pas d'altération.

Cirrhose du foie.

Ce qui frappe dans cette observation, c'est la marche très rapide de la tuberculose. D'autre part, les lésions pulmonaires intenses constatées à l'autopsie, nous font nous demander si le poumon n'était pas touché antérieurement à l'atteinte de périnéphrite. Cette dernière serait dans ce cas secondaire. Il subsiste donc un doute à son sujet puisqu'il ne fut mentionné aucune lésion bacillaire à l'examen clinique du malade.

OBSERVATION II

(Thèse de Thomas. — Observation de Tuffier)

L. D..., cocher, 31 ans. Entré à l'hôpital Cochin, dans le service de Th. Anger (Tuffier, suppléant) le 8 décembre 1890. Bonne santé habituelle. Il y a 10 ans, il a eu un abcès froid au cou, qui a guéri spontanément. Depuis un an, a eu encore plusieurs abcès froids qui ont guéri également spontanément. Deux d'entre eux, ont laissé un petit trajet fistuleux.

Etat actuel: Malade porteur d'un abcès siégeant dans le flanc gauche en arrière et empiétant à la fois sur la région lombaire et la région iliaque, du volume d'une grosse orange.

Le début ne remonterait qu'à 6 semaines; avant cette époque, le malade n'avait rien au côté. Il se plaint seulement de quelques douleurs très vagues, qui, dit-il, se promènent dans le côté.

Le 11 décembre l'abcès est ouvert. La collection est sous-cutanée. On fait une incision de 10 centimètres. Il

s'écoule environ un litre de pus jaune crémeux. L'exploration de la cavité montre alors qu'il existe trois poches communiquant entre elles: une première, sous-cutanée; une deuxième dans la fosse iliaque interne, sous le péritoine; une troisième dans l'atmosphère celluleuse du rein. Chacune est à peu près du volume d'un poing. L'orifice par lequel elles communiquent entre elles laisse passer trois doigts. Il est bridé en avant par le bord du grand oblique, en arrière par le relief du bord externe du carré des lombes, en bas par la crête iliaque. L'exploration ne montre aucune lésion osseuse apparente; la crête iliaque n'est pas dénudée; la colonne vertébrale, jusqu'où porte l'exploration, est intacte.

La genèse semble être la suivante: Abscess tuberculeux rétro-rénal, ayant fusé à la fois dans la fosse iliaque interne et sous la peau par l'espace de J.-L. Petit.

Le rein paraît sain. Les urines n'ont rien montré d'extraordinaire. Guérison.

Malheureusement cette observation perd de son intérêt par le fait que le malade n'a pas été suivi, ce qui ne permet pas de savoir si cette guérison s'est maintenue.

Dans cette observation, il y a également lieu de signaler le fait que le malade avait déjà eu antérieurement un abcès froid du cou. Il y a donc là des antécédents bacillaires qui facilitent le diagnostic et qui peuvent expliquer la genèse de la périnéphrite apparue un an environ après cette première atteinte.

Ce qui fait l'intérêt et aussi la difficulté de notre observation, c'est que nous n'avons aucun antécédent. C'est ce qui explique d'ailleurs que le diagnostic n'ait pu être fait avant l'intervention.

Conclusions

De notre travail, il résulte :

1° Que la périnéphrite tuberculeuse, le plus souvent secondaire, peut être aussi primitive.

2° Que ce terme de périnéphrite primitive est une appellation purement clinique, mais que la réalité des faits et l'anatomie pathologique exigent une porte d'entrée secrète : tubercules superficiels des reins, ganglions de la capsule, voie sanguine. Les observations trop rares, la notre incomplète à ce point de vue, par le fait de la guérison, nous obligent à rester, pour ce point particulier, dans le domaine de l'hypothèse.

3° Cliniquement, cette tuberculose primitive ne revêt pas de signes tellement particuliers, qu'on puisse la diagnostiquer d'emblée. Ce sont : l'évolution, les constatations au cours du traitement chirurgical, qui nous permettent de faire un diagnostic précis, qui, à ce moment seulement, le plus souvent, s'appuiera sur les petits signes accessoires que l'on pourra constater chez le malade : état antérieur, amaigrissement, sommets pulmonaires suspects, etc.

4° Notre observation nous montre que l'affection est curable et que la mise en œuvre du traitement médical général, complété ou non par le traitement chirurgical, reste ici comme ailleurs, la grande ligne de conduite du traitement des tuberculoses.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
ROCHET.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 10 Avril 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- ALBARRAN. — 1° *Traité d'Urologie*.
2° *Congrès français d'Urologie*, 1907.
3° *Traité de Chirurgie*. Le Dentu et Delbet, article : Rein.
- ANDRÉ. — Processus de guérison de la tuberculose rénale. *Thèse de Nancy*, 1912.
- BESSON. — *Gazette Médicale de Paris*, 1886, p. 251.
- BOUILLY. — *Pathologie externe*, tome IV, p. 20.
- CASTAIGNE. — *Les maladies des reins*.
- CHAUFFARD. — *Société Anatomique*, 1880, p. 413.
- CHAMPETIER DE RIBES. — *Société Anatomique*, 1877, p. 562.
- DESNOS. — Tuberculose rénale latente. *Association Française d'Urologie*, 1911.
- DESNOS et MINET. — *Traité des maladies des voies urinaires*, 1909 (Doin).
- DICKINSON. — *Renal and Urinary Affections*, 1885, p. 678 et 811.
- DOYEN. — Absès périnéphrétiques tuberculeux. *Société d'Anatomie*, 1882, p. 110.
- DUMUR. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1889, p. 573.
- DUNCAN. — *Edimbourg Med. S. Journal*, 1881, t. I
- ELDER. — *Lancet*, 1882, t. II.

- FÉRON. — Périnéphrite primitive. *Thèse* Paris, 1860.
- FISCHER. — *Sammlung Klinische Vorträge*, p. 2153, n° 253.
- GAYET et CAVAILLON. — *Annales des organes génito-urinaires*, 1904.
- GENOUVILLE. — Tuberculose fermée du rein et abcès périnéphrétique. *Journal d'Urologie*, 1921.
- GOLDENHORN. — Evacuation spontanée des abcès périnéphrétiques : a) *Annales des organes génito-urinaires*, 1898; b) *Bulletin de la Société Médicale de Charleroi*, 1898.
- HALLÉ. — Phlegmon périnéphrétique. *Thèse* de Paris, 1863.
- HALLÉ. — a) Les formes de la tuberculose chronique, 1914.
b) Les processus anatomiques de guérison des lésions tuberculeuses chroniques des reins. *Journal Médical Français*, 1914.
- HALLÉ. — *Presse Médicale*, 1917 : Janvier : La tuberculose rénale chronique ; Mars : Conditions de curabilité anatomique de la tuberculose rénale ; Novembre : Conditions de la curabilité clinique de la tuberculose rénale.
- HARTLEY. — *British Medical Journal*, 1877, p. 944.
- HORTOLES. — *Lyon Médical*, 1879 : Rein tuberculeux, phlegmon périnéphrétique avec fusées dans la gaine du psoas.
- KROETSCHMAR. — Les périnéphrites. *Thèse* de Paris, 1872, p. 10.
- LANCEREAUX. — Dictionnaire Dechambre. Article : Rein, page 309.
- LEGUEU. — *Traité d'urologie* (Alcan).
- LEGUEU, PAPIN et VERLIAC. — *Archives urologiques de la clinique de Necker*, 1914. Etude anatomique de la tuberculose rénale (évolution et processus de guérison).

- LE DENTU. — Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales.
- LOEPEL. — Périnéphrites tuberculeuses. *Paris Médical*, 1917.
- MARSH. — *Lancet*, 1888, t. I, p. 469.
- MORRIS. — *Surgical Diseases of the Kidney*, London 1885.
- MORGAGNI. — *De sedibus et causis morborum*, 1767, t. IV, p. 336.
- NAUDET. — Abscès tuberculeux périnéphrétiques. *Thèse de Paris*, 1870, p. 24.
- NIEDEN. — *Deutsche Archiv. F. Klinisch Medicin*, 1878, t. XXII, p. 451.
- PARMENTIER. — Abscès tuberculeux périnéphrétiques. *Thèse*, Paris, 1860.
- POUSSON. — a) *Traité d'Urologie*.
b) *Précis des maladies des voies urinaires*.
- REYNAUD. — La tuberculose rénale et son traitement par la néphrectomie. *Thèse de Lyon*, 1905-1906.
- RAFFIN. — Tuberculose rénale fermée, abcès froid périnéphrétique : *La Clinique*, 1908, p. 519-521.
- RAYER. — *Maladies des reins*, t. III, p. 260 et 662.
- ROCHET. — Les périnéphrites : *Encyclopédie française d'Urologie*.
- ROUBIER. — Abscès froid périnéphrétique au cours de la tuberculose rénale. *Journal d'Urologie*, 1922, p. 195.
- THOMAS. — Abscès froids périnéphrétiques. *Thèse de Paris*, 1890-1891, N° 180.
- TUFFIER. — a) De la périnéphrite tuberculeuse. *Gazette Hedomadaire*, 1891, p. 223.
b) *Traité de Chirurgie*.
c) La capsule adipeuse du rein, son rôle au point de vue chirurgical. *Revue de Chirurgie*, 1890.
- ZELLER. — Phlegmons périnéphrétiques tuberculeux, d'origine rénale. *Thèse de Lyon*, 1895-1896.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	11
Définition et Historique	15
Anatomie.....	19
Anatomie pathologique.....	23
Etiologie et Pathogénie.....	29
Etude clinique.....	33
Diagnostic	47
Traitement	55
Observations.....	59
Conclusions	63
Bibliographie.....	65

